

De toekomst van de verslavingszorg

Vragen bij trends en ontwikkelingen

Gerrit-Jan Vos

Nieuwe ontwikkelingen in de verslavingszorg volgen elkaar in een steeds hoger tempo op. Deze ontwikkelingen zijn grilliger, en moeilijker voorspelbaar. Trends als dubbele diagnose, digitale hulp, marktwerking en kostenbeheersing speelden enkele jaren terug nog geen belangrijke rol in de zorg. Vandaag de dag zijn ze wel degelijk van invloed op de verslavingszorg. Bij een nadere beschouwing rijzen echter de nodige vragen en twijfels. Een bezinning op de toekomst van het vak lijkt onontkoombaar.

Een samenleving is niet echt maakbaar. Een besef van dit gegeven is in toenemende mate terug te vinden in literatuur over organisatiestrategieën. Beleidsplannen met een doorlooptijd van vijf jaar op basis van zogeheten ‘sterktezwakte analyses’ zijn ‘uit’. In theorie zijn er meerdere strategische benaderingen mogelijk, maar in de praktijk blijken onder andere trends de richting te bepalen. Om niet achter de feiten aan te lopen en het bestaansrecht te verliezen, houden veel zorgaanbieders zich actief bezig met de vraag hoe men op deze trends moet anticiperen. In deze bijdrage worden de belangrijkste trends en ontwikkelingen die van invloed zijn op de verslavingszorg tegen het licht gehouden.

Financieringsingrepen

De (on)betaalbaarheid van de zorg is dagelijks terugkerend nieuws. Een kwakkelende economie en een vergrijzende bevolking brengen de grenzen van de verzorgingsstaat snel dichterbij. In de samenleving heerst een algemeen gevoel dat er op korte termijn iets moet gebeuren, en mede onder druk van noodzakelijke

bezuinigingen voert het kabinet Balkende II momenteel ingrijpende stelselwijzigingen door in de zorgsector. De maatregelen die hier uit voortvloeien, raken rechtstreeks aan de verslavingszorg. Wat staat de zorgaanbieders en de zorgvragers te wachten?

Om te beginnen is het de verwachting dat de gezamenlijke budgetten voor de GGZ en verslavingszorg in 2010 zijn gereduceerd. Met een kleiner macrobudget zullen bestaande en nieuwe zorgaanbieders toch hun omzet willen behouden. Deze situatie brengt een felle concurrentie met zich mee die op gespannen voet staat met de ketenzorg die meerdere instellingen aanbieden. Voor de chronisch verslaafde cliënt kan dit betekenen dat hij telkens bij een ander loket aan moet kloppen, terwijl hij binnen een logische zorgketen oplossingen wil voor zijn problemen.

Een ingrijpende verandering betreft ook de financiering van de ambulante GGZ en van de korte intramurale zorg. In 2006 wordt deze overgeheveld van de AWBZ naar het 2e compartiment, de verzekeraars. De zorgaanbieders krijgen hiermee een zakelijker opdrachtgever met scherpe aandacht voor de kosten en de effectiviteit van de zorg. Daar is niks mis mee, al is het wel goed hierbij op te merken dat een onderneming die winst moet maken natuurlijk een andere insteek heeft dan een maatschappelijke onderneming.

De verslavingszorgaanbieder zal aantoonbare kwaliteit moeten leveren en een gedegen onderbouwing bij budgetuitbreidingen. Dat wordt nog een zoektocht naar een werkwijze die gebaseerd is op feiten en een optimale transparantie, want op dit moment is er over de effectiviteit van de aangeboden zorg weinig informatie voorhanden.

Ook de plannen ten aanzien van de verzekerde zorg zijn ingrijpend. Met de invoering van het

G.-J. Vos (✉)
G.J. Vos, Raad van Bestuur Brijder Verslavingszorg Alkmaar

basisverzekeringspakket begin volgend jaar, verdwijnt het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier verzekeren. Er komt één basisverzekeringspakket voor iedereen, en wie meer wil, moet bijverzekeren. Dat klinkt logisch, maar hoe ziet de invulling er uit?

De verplichte basisverzekering waarborgt weliswaar een grote toegankelijkheid van de zorg, maar over de hoogte van de premies gaan niet alleen de verzekeraars zich buigen, maar óók de politiek. We krijgen hier te maken met een vorm van ‘inkomenspolitiek’ die zich uitstrekt tot de ‘breedte van de verplichte polis’. Daarbij kan de politieke oriëntatie van de partijen doorslaggevend zijn.

Rechts van het politieke spectrum zal men de polis smal willen houden en meer willen laten bijverzekeren door de burgers (eigen verantwoordelijkheid), links daarvan zal men opteren voor een brede polis (solidariteit) en zoveel mogelijk willen dekken uit de betaalde premie. Twee voorbeelden verhelderen wellicht de keuzes waar men voor komt te staan: komen de pil en het kunstgebit wel of niet in het pakket?

De verzekeraars willen een zorgsector die te verzekeren is, en waarbij ze de kosten en het productaanbod kunnen overzien. In deze benadering kan de zorgverzekeraar de chronische problematiek van de cliënten van de GGZ en de verslavingszorg als een onoverzichtelijke black box beschouwen. Inhoudelijk komt men er niet uit, dus zullen er kwantitatieve oplossingen voorgesteld worden, zoals maximaal 15 gesprekken psychotherapie en voor de rest bijverzekeren.

Deze ontwikkelingen in de financiering van de gezondheidszorg kunnen bepalend zijn voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de toekomstige verslavingszorg: een terugtrekkende overheid en verzekeraars die de regie overnemen. Maar wie betaalt hier uiteindelijk de prijs? De chronisch verslaafde mens? Wat hebben deze zorgwekkende zorgmijders te zoeken bij ‘het 2e compartiment’? Zij zijn lang niet allemaal verzekerd. Misschien kunnen zij in de toekomst alleen nog terecht aan de poort van de gemeenten.

Lokaal gezondheidsbeleid

Ondanks maatschappelijke protesten, en ondanks de knelpunten die de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en GGZ Nederland signaleren, gaat de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) gewoon door. Welke problemen kan dit voor de verslavingszorg opleveren?

Een deel van de AWBZ-gelden, zoals voor wonen en sociale activering, wordt overgeheveld naar de WMO. Het grote verschil tussen de AWBZ en de WMO is echter

dat elke Nederlander recht heeft op AWBZ-zorg. Er zijn wachtlijsten en er zijn uitvoeringsproblemen, maar in principe kan iedereen bij de AWBZ-deur aankloppen. Bij de WMO vervalt dit recht mogelijk, omdat gemeenten een grotere vrijheid krijgen om zelf invulling te geven aan het lokale gezondheidsbeleid. Tussen gemeenten kunnen dan (nog grotere) verschillen ontstaan. Een gemeente kan in de nieuwe situatie beslissen minder geld aan de verslavingszorg, en meer geld aan (meer) ouderenzorg te besteden, bijvoorbeeld omdat ouderen bij de verkiezingen meer stemmen opleveren.

Veel gemeenten zitten krap bij kas, en het is nog maar de vraag of zij zullen kiezen voor kwaliteit of kwantiteit. Zal korte termijn politiek nog meer de agenda bepalen? Dit laatste is niet bevorderlijk voor een goede maatschappelijke opvang. Organisaties in de verslavingszorg weten dat hier een lange adem nodig is om echte verbeteringen tot stand te brengen.

Marktwerking

Meer marktwerking is goed voor de gezondheidszorg, zo luidt de visie van het ministerie van VWS. Hierbij zijn echter de nodige kanttekeningen te plaatsen.

Bij een goed functionerende marktwerking kunnen de verschillende partijen kiezen. Bovendien zal de marktwerking een flinke kostenbesparing gaan opleveren.

Maar is het voor zorggebruikers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars wel te doen om goede en verantwoorde keuzes te maken op de zorgmarkt? Leidt marktwerking per definitie tot een betere zorg, tot meer efficiency en tot een grotere klantgerichtheid? Hoe zit het met de kwaliteit van de zorg, de solidariteit, de toegankelijkheid?

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders – erop gebrand om hun organisatie en marktaandeel te behouden – kiezen nu al voor schaalvergroting. Het resultaat is dat slechts een handvol verzekeraars zo’n 80% van de markt bedient. Ook bij de verslavingszorginstellingen vinden fusies plaats. Het is de vraag of dit een positieve ontwikkeling is. Want wat valt er nog te kiezen?

De kosten centraal

In het nieuwe zorgstelsel gaat veel aandacht uit naar kostenbeheersing en financieel beheer. De verzekeraars willen veel polissen verkopen, voor een zo aantrekkelijke mogelijke prijs. Het inkopen van de zorg moet dus tegen een zo laag mogelijke prijs. De prijs wordt steeds belangrijker en de aandacht voor de kwaliteit van het zorgaanbod zal onder druk komen te staan.

Op de vrije markt neemt men bij de berekening van een prijs alle kosten mee, óók de kosten voor onderzoek en ontwikkeling en investeringen. In de zorgsector ligt dat anders. De huidige prijzen in de AWBZ zijn vooral gebaseerd op het kunnen uitvoeren van de zorg.

Maar om tot een effectieve, efficiënte en transparantere zorg te komen, zal er continu geïnvesteerd moeten worden, óók in zorginnovatie. In een markt waar de kosten centraal staan, komen de budgetten voor zorgontwikkeling en onderzoek onder druk. Door wie en op welke manier wordt er dan nog werk gemaakt van zorgontwikkeling en onderzoek in de verslavingszorg?

Hulp online

Het gebruik van informatie- en communicatietechnologie (ICT) staat in de verslavingszorg nog in de kinderschoenen. Toepassingen zijn vaak alleen nog faciliterend, bijvoorbeeld bij productieregistratie. De ontwikkelingen dwingen de verslavingszorginstellingen echter – ondanks de geringe automatiseringsbudgetten – veel meer in te spelen op de mogelijkheden die ICT biedt. Instellingen die dat de komende jaren niet doen, lopen het risico definitief achter te blijven in de concurrentieslag.

Adequate zorginformatie van de afzonderlijke instellingen, een dwingende invoering van landelijke ICT-systemen, en online preventie en hulpverlening wijzen op een onontkoombare toekomst in die richting. Nu al wordt de website van Brijder Verslavingszorg door duizenden jongeren per jaar bezocht. Deze website biedt informatie tegen lage kosten en heeft een grote toegevoegde waarde. De bezoekers zijn opgegroeid in het internettijdperk. Over tien jaar zijn ze volwassen, en een deel van hen zal cliënt zijn van de verslavingszorginstellingen. Verdere ontwikkeling van online hulpverlening bevordert het bereik onder deze klantengroep. Daarom is innovatieve aandacht hier geboden.

Dubbele diagnose

Bij de zorg voor verslaafden zijn steeds vaker de GGZ-instellingen, de huisartsen, de zwakzinnigenzorg, verzorgingshuizen en andere organisaties betrokken. Enkele jaren geleden gingen de cliënten vrijwel altijd naar verslavingszorginstellingen. Inmiddels onderkennen de andere zorgaanbieders de waarde van een dubbele diagnose. Zij kunnen cliënten met een dubbele problematiek hiermee zelf iets aanbieden. Voor de grote groep zorgvragers is dit een positieve ontwikkeling omdat vanuit een juiste diagnose wordt gewerkt aan een passend zorgaanbod.

De verslavingszorginstellingen zien zich hier echter wel voor nieuwe vragen gesteld. Want welke positie gaan ze innemen bij deze ontwikkelingen, een leidende of een volgende? Komt het tot een samenwerking tussen de GGZ en de verslavingszorg bij het ontwikkelen van het DD-aanbod? Worden de keuzes bepaald door inhoudelijke of door marktargumenten? Bij de positionering zal de verslavingszorgsector zich terdege moeten afvragen of er capaciteit in huis is om 'leading' te zijn bij DD-ontwikkelingen.

Dwang en drang

De vraag naar dwang-en-drang-hulpverlening voor verslaafden neemt steeds meer toe. Er zijn meer gesloten verslavingszorgbedden, meer crisisbedden, meer overlastprojecten, en er is minder vrijblijvendheid. Niet iedere professional is blij met deze dwang-en-drang. Vanuit een lange traditie, dat hulp alleen werkt bij cliënten met veel motivatie, volgen sommigen deze ontwikkeling met argusogen. Maar de 'buitenwereld' is van mening dat ook de verslavingszorg een bijdrage moet leveren aan de overlastbestrijding. Ook al is het inhoudelijk een lastige kwestie, deze dwingende (justitiële) verslavingszorg is ontegenzeggelijk een groeimarkt.

In Alkmaar speelt Brijder Verslavingszorg op deze trend in met het zogenoemde GAVO-project (Geïntegreerde Aanpak Verslavingsproblematiek en Overlast). Een veelpleger krijgt hier de keuze voorgelegd: een strengere straf óf een weinig vrijblijvende begeleiding bij de Brijder. Over de resultaten zijn politie, OM en de gemeente tevreden.

Professionalisering

Veel verslavingszorginstellingen zijn ontstaan uit Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs. De aanpak van de vaak agogisch opgeleide medewerkers was toentertijd vooral welzijnsgericht. De afgelopen jaren is een professionaliseringsslag gemaakt en, gesteund door de AWBZ-gelden, zijn er nu multidisciplinaire teams die geprotocolleerde (medische) behandelingen en zorg aanbieden.

Het landelijke project *Resultaten Scoren* was absoluut een stimulans voor deze professionalisering van het vakgebied. Instellingen als de Brijder Verslavingszorg bijvoorbeeld, hebben hier in positieve zin van geprofiteerd.

Helaas wordt er alweer geknaagd aan deze positieve ontwikkeling. Zo is in 2005 het budget voor het landelijke project *Resultaten Scoren* verminderd. Het is niet te hopen dat dit een doorzettende trend is, die er uiteindelijk toe leidt dat VWS de subsidie helemaal staakt. Want dan

zullen de organisaties en instellingen zelf strategieën moeten gaan ontwikkelen om onderzoek, kwaliteit en onderwijs op een hoog niveau te houden. Zonder twijfel zal dat gevolgen hebben voor de bedrijfscultuur, de personele samenstelling, de inhoudelijke methodieken en de samenwerkingsverbanden met andere organisaties.

Inspirerend personeelsbeleid

Sectoren als politie, onderwijs en gezondheidszorg hebben in hun werk en hun personeelsbeleid te maken met een starre regelgeving. Maar bureaucratie en regelzucht inspireren niet. Een goed en flexibel personeelsbeleid voor professionals werkt echter motiverend. Het verhoogt de zo gewenste arbeidsproductiviteit, en geeft de organisaties een voorsprong in tijden van arbeidsmarktschaarste.

Bij de verslavingszorginstellingen valt er in dit opzicht veel te verbeteren. Een groot probleem op dit moment is bijvoorbeeld het opleidingstraject. Er bestaat geen specifiek regulier onderwijs voor de sector. De personeelsinstroom komt nu nog uit allerlei disciplines, maar het vak wordt in de praktijk geleerd met een bijscholing door individuele instellingen. Ook is er een gebrek aan psychiaters en artsen. En het zou al een hele stap in de goede richting zijn als er een officiële erkenning komt voor de verslavingszorgarts.

De sector heeft baat bij een goed ontwikkeld kennis- en opleidingsbeleid, want dat is een cruciale voorwaarde voor professionals om zich te kunnen onderscheiden in hun vak.

Prangende vragen

De verslavingszorg heeft te maken met een 'imago-vraagstuk'. Het 'product' verkoopt namelijk niet gemakkelijk, en dus is het ontwikkelen van goede marktstrategieën in de toekomst van groot belang.

Daarbij doen zich prangende vragen voor als: 'Hoeveel zullen verzekeraars gaan investeren in de zorg voor chronisch verslaafden, zieken met vaak een zwakke en kwetsbare positie in de samenleving?' Er is de komende jaren minder geld beschikbaar, terwijl de marktwerking zal toenemen, hoe zal de verzakelijking voor hen uitpakken? Welk product haalt het: het goedkoopste of het beste? Vaart het management een eigen koers, of volgt het – onder externe druk – de heersende trends?

Sommige bestuurders denken dat de externe drukte weer overwaait. Anderen zijn van mening dat de zorgsector aan de vooravond van grote veranderingen staat en dat innovatieve en offensieve strategieën noodzakelijk zijn.

Voor de verslavingszorg zal het uitgangspunt moeten zijn, dat de inhoud en de vraag van de cliënt de koers gaan bepalen.

Bij de geschetste ontwikkelingen kan men zich afvragen of dat op dit moment het geval is. Mijn voorzichtige conclusie is positief: nog steeds gaat het om de inhoud en om de cliënt. Maar de beroepsgroep zal zich ervan bewust moeten zijn dat de partijen in de samenleving, zorgkantoren, gemeenten, verzekeraars en andere belanghebbenden, steeds minder genoeg nemen met verhalen. Men wil waar voor zijn geld, boter bij de vis. Welke zorg is beschikbaar, is dit het beste aanbod, en is dit zorgaanbod het meest effectief? Kwaliteit en prijs zijn belangrijk. Zonder uitstekende productkwaliteit valt met niemand zaken te doen. Kwaliteit en ondernemerschap zullen dus onlosmakelijk aan elkaar verbonden moeten zijn om te overleven in de toekomst!